

De l'Absence Congénitale DE L'APPENDICE CÆCAL

APPORT D'UN CAS NOUVEAU

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LECOMPTE Maurice

Né le 3 Novembre 1884, à Billy-les-Mangiennes (Meuse)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ROHMER	professeur . . .	} <i>Président.</i>	
		HOCHÉ	professeur . . .		
		FRÉLICH	agrégé		} <i>Juges.</i>
		COLLIN	agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE L. BERTRAND

51, RUE SAINT-GEORGES

1911

De l'Absence Congénitale DE L'APPENDICE CÆCAL

APPORT D'UN CAS NOUVEAU

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LECOMPTE Maurice

Né le 3 Novembre 1884, à Billy-les-Mangiennes (Meuse)



Examinateurs de la Thèse :	{	MM. ROHMER	professeur . .	Président.
		HOCHÉ	professeur . .	
		FRÉLICH	agrégé	Juges.
		COLLIN	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE L. BERTRAND

51, RUE SAINT-GEORGES

1911

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O , I .

Assesseur : M. WEISS, , I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, , I ; NICOLAS, I ; PRENANT, , I .

BERNHEIM, O , I .

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale.....	GROSS, O  , I  .
Physique médicale.....	CHARPENTIER,  , I  .
Médecine opératoire.....	CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale.....	WEISS,  , I  .
Chimie médicale et toxicologie.....	GARNIER, I  .
Clinique médicale.....	SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. HERRGOTT,  , I  .
Hygiène.....	MACÉ, I  .
Clinique médicale.....	SCHMITT, I  .
Physiologie.....	MEYER, I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne.....	SIMON, I  .
Histoire naturelle médicale.....	VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique.....	ROHMER, I  .
Médecine légale.....	PARISOT, I  .
Clinique des maladies des enfants.....	HAUSHALTER, I  .
Histologie.....	BOUIN, I  .
Anatomie descriptive.....	ANCEL, A  .
Anatomie pathologique.....	HOCHE, I  .

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1).....	GUILLOZ, I  .
Pathologie externe.....	VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.....	ETIENNE, I  , agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	L. SPILLMANN, A  , agrégé libre.
Accouchements.....	SCHUHL, I  , agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	FRÉLICH, I  , id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1).....	JACQUES, I  , id.
Clinique des voies urinaires (1).....	ANDRÉ, I  , id.
Clinique des maladies mentales.....	PARIS, I  .
Cours de médecine opératoire.....	MICHEL, A  , agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.....	ZILGIEN, I  , id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, I  .	MM. COLLIN, A  .	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I  .	DUFOUR, A  .	LUCIEN, A  .
RICHON, A  .	SENCERT, A  .	BINET.
G. GROSS, A  .	ROBERT, A  .	PERRIN.
FRUHINSHOLZ, A  .		

Agrégés libres

MM. REMY, A , FÉVRIER, O , I , ETIENNE, I , ZILGIEN, I ,
FRÉLICH, I , SCHUHL, I , JACQUES, I , ANDRÉ, I , MICHEL, A ,
L. SPILLMANN, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , , I , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE, LE D^r LECOMPTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRÆLICH

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Avant le xvii^e siècle, on ne connaissait guère l'appendice cæcal ; on n'était même guère fixé sur la dénomination des premières parties du gros intestin. Le nom d'appendice était souvent donné au cæcum, considéré dans ses rapports avec le colon, et aucun anatomiste de cette époque ne réclame la priorité de la description du petit prolongement cæcal, d'une importance minime à leurs yeux.

Depuis, de nombreux ouvrages ont été écrits sur cet organe et, à une époque encore proche, le grand essor que prit en Angleterre, en Allemagne et en France l'étude des affections appendiculaires, amena l'éclosion d'une nouvelle série d'ouvrages qui compléta nos connaissances sur l'appendice.

En somme, de nos jours, on peut dire que l'appendice vermiculaire a été complètement étudié.

Dans les ouvrages d'anatomie, de nombreuses anomalies de cet organe ont été signalées par les auteurs, les unes souvent observées et bien connues, les autres

assez rares et dont on trouve à peine quelques cas mentionnés dans divers journaux et revues.

Une de ces anomalies rarement mentionnées est l'absence congénitale. M. le professeur Frœlich en ayant observé un cas aussi net qu'indiscutable, et nous l'ayant communiqué, il nous a paru ne pas devoir être inutile de rassembler dans notre thèse inaugurale tous les cas que nous avons pu trouver mentionnés.

Avant de commencer cet ouvrage qui marque le terme de nos études médicales, c'est pour nous un agréable devoir de présenter, ici même, à nos Maîtres de la Faculté, l'hommage de notre respect et de notre profonde gratitude.

A M. le professeur agrégé Frœlich, qui nous inspira le sujet de notre thèse, nous exprimerons tout d'abord nos sentiments de reconnaissance. Nous ne saurions oublier les conseils éclairés qu'à maintes reprises il nous a prodigué à son intéressante clinique de chirurgie infantile. Nous le prions, une fois encore, de croire à la sincérité de nos remerciements.

A M. le professeur Rohmer, nous ne saurions trop témoigner notre vive reconnaissance, autant pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse, que pour la sympathie qu'il nous a maintes fois manifestée au cours de nos études.

M. le professeur Haushalter s'est attaché à nous faire bien connaître la pathologie si spéciale de l'enfant. Qu'il soit assuré de notre gratitude.

Nous gardons également le meilleur souvenir de tous nos autres Maîtres ; nous les remercions du fond du

cœur pour le précieux enseignement qu'ils nous ont toujours prodigué.

Enfin, nous ne quittons pas la Faculté sans penser aux bons camarades que nous y avons rencontrés. Aux docteurs Vautier, Rancier, Keller, Gourand, Masson, Milot, nous réservons le souvenir ému des meilleures heures de notre jeunesse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PLAN

Cet ouvrage inaugural comprendra plusieurs chapitres.

Dans un premier chapitre, après avoir fait l'historique des recherches antérieures faites par quelques auteurs pour rassembler les cas d'absence congénitale de l'appendice, nous rappellerons certaines opinions émises au sujet de l'existence réelle de cette anomalie.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les causes d'erreur pouvant en imposer pour une absence congénitale de l'appendice, et nous diviserons ces causes d'erreur en deux groupes :

- 1° Les causes d'erreur d'ordre anatomique ;
- 2° Les causes d'erreur d'ordre pathologique.

Dans un troisième chapitre, nous énumérerons tous les cas d'absence d'appendice que nous avons pu rassembler et, parmi ces cas, nous citerons ceux qui paraissent présenter une authenticité incontestable.

Dans un quatrième chapitre, nous nous occuperons de classer cette anomalie dans un type tératologique défini.

Dans un cinquième chapitre, nous nous permettrons quelques considérations sur l'absence de l'appendice au point de vue physiologique.

Dans un sixième chapitre, nous présenterons nos conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Depuis Cuvier, Buffon, Daubenton, Milne-Edwards, nous savons que l'appendice cæcal manque chez les mammifères sauf chez l'homme ; quelques singes (orangs, gibbons) et quelques rares exceptions signalées par Cuvier (le lagomys et le wombat). Daubenton et Buffon décrivirent, chez le gibbon, un appendice beaucoup plus long que chez l'homme ; Milne-Edwards, dans ses *Leçons*, établit que les anthropoïdes seuls, parmi les singes, possédaient un appendice.

Nous verrons plus haut que cet appendice est dû à une transformation du cæcum ; que cette transformation s'est opérée au cours de l'évolution de l'espèce, par suite d'un genre d'alimentation spécial et que, dès lors, il fait partie des caractères actuels de l'espèce humaine.

Nous verrons de même, qu'en vertu de la grande loi de l'hérédité, cette propriété mystérieuse qui constitue

l'agent fixateur de la forme chez les êtres issus les uns des autres, l'absence de l'appendice constitue, pour l'individu chez lequel elle est observée, une malformation congénitale.

Les premiers cas qui furent signalés datent de l'époque de Morgagni qui, lui-même, observa cette malformation chez l'homme, malformation d'un intérêt d'autant plus grand à cette époque qu'on s'occupait, alors, beaucoup des usages probables de l'appendice et de son rôle physiologique.

Vers la même époque, d'autres anatomistes signalèrent, chez quelques sujets, l'absence totale du processus vermiforme (Massa, Hunter, Haller, etc.).

Merling, élève de Tiedemann, à Heidelberg, dans son ouvrage sur *l'Anatomie pathologique de l'appendice du cæcum*, paru en 1836, et qui fut traduit en France dans un journal médical *l'Expérience*, s'efforça le premier de rassembler tous les cas signalés jusqu'alors.

Plus récemment, Dailey, dans un article paru dans une revue anglaise *Surgery, Gynecology and obstetrics*, où il reproduit les cas déjà signalés par Merling, en rassemble un certain nombre d'autres observés par différents auteurs et par lui-même.

Dans notre ouvrage, nous reproduirons tous ces cas, en y ajoutant un cas de Irving Haynes, paru en 1907, dans *American Journal of Surgery*, et le cas publié récemment par M. le professeur Frœlich, dans la *Revue médicale de l'Est*.

Nous verrons plus loin que si certains de ces cas sont douteux et susceptibles de recevoir une autre explication, quelques-uns, bien observés, ne permet-

tent aucun doute sur leur authenticité. C'est pourquoi, aujourd'hui, l'existence réelle de cette anomalie doit être un fait acquis et indiscutable.

Néanmoins, avant de faire l'énumération de tous ces cas et de les discuter, il nous semble intéressant de rappeler le peu de conviction avec laquelle certains auteurs ont accueilli la publication des cas d'absence congénitale de l'appendice.

Plusieurs de ces auteurs et leurs opinions sont cités par Dailey.

D'après Lockwood et Rolleston : « on ne doit jamais croire à l'absence de l'appendice, si ce n'est comme étant le résultat d'une maladie. Les cas dans lesquels cette absence a été constatée et interprétée comme étant congénitale sont susceptibles d'une autre explication ».

Kelynack se range à cette opinion et déclare : « Je n'ai jamais rencontré, comme cas d'absence de l'appendice, que des cas où cette absence était le résultat d'une maladie ».

Les idées de ces auteurs sont, de même, partagées par Berry, d'Edinburgh, qui fait cette remarque : « Quelques auteurs ont décrit l'absence totale de l'appendice ; je ne crois pas cependant, à mon avis, que l'appendice puisse jamais être absent, si ce n'est par suite d'une opération chirurgicale antérieure ».

Mouks et Blacke, donnant au sujet du cæcum et de l'appendice les résultats de 641 autopsies, mentionnent 6 cas où l'appendice était représenté par une corde fibreuse. Pour eux, cette atrophie de l'appendice en aurait imposé pour une absence de l'organe.

En 1906, A. P. Heineck examina les rapports de 3.550 autopsies faites au Cook-County-Hopital, avec attention spéciale pour l'appendice, sans trouver signalé aucun cas d'absence de l'organe.

Il existe même un certain nombre d'auteurs ayant publié des ouvrages sur l'appendice, qui ignorent le premier mot de cette question. Les manuels d'enseignement, par exemple, restent muets sur cette anomalie. C'est ainsi qu'on ne trouve aucune allusion à l'absence de l'appendice dans des ouvrages tels que : *Deaver's Surgical Anatomy* (3 vol.), *Campbell's Surgical Anatomy*, *Eisendrath's Surgical Anatomy*, *Testut et Jacob, Spalschotz, Box et Eccles, etc...* »

D'autres auteurs en parlent d'une façon superficielle. Par exemple, Cunningham, parlant de l'appendice, dit succinctement : « Son absence est quelquefois remarquée ». Gray, 1909, non moins concis, fait cette remarque : « Il est douteux que l'appendice soit quelquefois absent ». Cet auteur pencherait ainsi vers les opinions de Lockwood et Kélynack. Il note cependant que, d'après quelques chercheurs, on trouverait l'appendice absent environ 5 fois sur 10.000 autopsies.

Piersol (1907, *article by Dwight*) émet à son tour cet avis : « L'absence de l'appendice est extrêmement rare. Elle a cependant été observée par nous-même et par d'autres ».

En résumé, pour un certain nombre d'auteurs, l'absence de l'appendice est soit un fait complètement inconnu, soit une simple atrophie prise pour une absence de l'organe, soit le résultat d'un processus

pathologique ou d'une opération, mais non une anomalie congénitale.

Nous verrons, par la suite, en considérant de près les cas d'absence d'appendice signalés, que certains, parmi eux, manquent complètement de description et, par conséquent, restent douteux, tandis que d'autres, mieux décrits cependant, mais d'une façon insuffisante, ne peuvent non plus être acceptés qu'avec une grande réserve.

Si à cela on ajoute que cette absence de l'organe peut être due à un processus pathologique ou être simulée par d'autres anomalies de l'appendice, on s'explique les opinions de ces auteurs et leur scepticisme au point de vue de la réalité de cette malformation.

En rapportant le cas observé par M. le professeur Frœlich, notre but sera le même que celui de Dailey, qui voulait surtout apporter un exemple indiscutable et probant en faveur de l'existence réelle de cette anomalie.

CHAPITRE II

CAUSES D'ERREUR

Dans le chapitre précédent, nous avons passé en revue les opinions d'un certain nombre d'auteurs au sujet de l'absence congénitale de l'appendice cæcal et nous avons vu que, pour eux, cette prétendue malformation était toujours due soit à un processus pathologique, soit à une anomalie anatomique consistant en une atrophie de l'organe.

En émettant un avis aussi catégorique, ces auteurs se trompèrent certainement, plusieurs exemples le prouvent. Cependant, nous pouvons admettre que parfois une de ces causes a pu en imposer pour une absence congénitale réelle. D'ailleurs, ces causes d'erreur incriminées par Kélynack, Lockwood, Monks et Blacke, etc... sont loin d'être les seules, et c'est pourquoi, émettant son avis sur l'authenticité des cas décrits dans la littérature médicale de tous les pays, Dailey nous déclare :
« On ne doit pas se hâter d'accepter comme vrais et de

publier les cas d'absence de l'appendice qui ont été signalés, car il y a beaucoup de causes d'erreur possibles ».

Cet auteur a même essayé d'établir une sorte de critérium permettant de conclure à la réalité de cette anomalie. Ce critérium consisterait en une observation minutieuse permettant l'élimination d'un certain nombre de causes d'erreur qu'il cite dans son ouvrage. Pour lui, en excluant les cas d'absence dus à une intervention chirurgicale, ce qui est facile à voir, ces causes d'erreur peuvent être divisées en :

- 1° causes d'erreur d'ordre anatomique ;
- 2° causes d'erreur d'ordre pathologique.

Causes d'erreur d'ordre anatomique

Ces causes d'erreur sont au nombre de six. Avant de les exposer, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de faire ici une description détaillée du cæcum et de l'appendice. En agissant ainsi, nous ne ferions que redire ce qui a été écrit dans tous les manuels d'anatomie et nous allongerions inutilement ce chapitre. Tant que l'appendice offre ses dimensions normales, ses dispositions habituelles et son aspect ordinaire, il est facile à découvrir ; il suffit, en quelque sorte, de le chercher pour le trouver. Il n'en est plus de même quand l'appendice se présente d'une façon anormale. La plupart des anomalies de longueur, de position et d'aspect de l'appendice peuvent constituer autant de causes d'erreur.

Les trois premières causes d'erreur anatomiques sont

dues à des anomalies de dimension. Avant de les envisager, nous rappellerons que la longueur de l'appendice, très variable suivant les sujets, mesure en moyenne 8 centimètres (Testut). Cependant, d'après Sappey, cette longueur varierait entre 6, 8, et même 12 centimètres ; d'après Benoit, entre 6 et 12 centimètres ; d'après Mariage (Thèse de Paris), entre 5 et 6 centimètres. Ces divergences viennent de ce que l'on a trouvé des appendices mesurant jusqu'à 18 et même 22 centimètres (Henle) et d'autres ne dépassant pas 3 centimètres. Sa moyenne généralement admise est celle de Testut.

Les anomalies de longueur pouvant être considérées comme causes d'erreur sont celles où l'appendice pêche, non par excès, mais par défaut. Ainsi :

1° « L'appendice peut être partiellement absent et n'être représenté que par une fossette peu profonde sur la tête du cæcum » (Dailey).

L'absence partielle de l'appendice est d'observation fréquente et bien connue des anatomistes, mais les cas extrêmes où l'organe ne se manifeste que par une fossette doivent être plutôt rares. D'après Merling, Haller et Delius ont vu l'appendice cæcal tantôt manquer complètement, tantôt n'exister qu'à l'état rudimentaire ou former plus souvent encore un simple tubercule. Cette fossette, cela est facile à comprendre, peut passer inaperçue de l'observateur ou recevoir une fausse interprétation. Pour Dailey, il serait possible que des cas de ce genre soient compris parmi les cas d'absence totale de l'appendice qui ont été signalés ;

2° « L'appendice peut n'être représenté que par une corde fibreuse très ténue, et cela sans qu'il existe

aucune trace de processus pathologique pouvant expliquer cette malformation » (Dailey).

Les cas de ce genre ne sont pas excessivement rares. Quoique n'ayant pas fait de recherches particulières à ce sujet, nous pouvons en citer quelques exemples :

Mouks et Blacke, nous l'avons vu plus haut, voulaient expliquer par cette anomalie tous les cas d'absence de l'appendice. Ils mentionnent 6 cas sur 641 autopsies, où l'appendice était représenté par une corde fibreuse. Ces auteurs pensent que l'appendice serait frappé d'atrophie.

Merling en a rassemblé un certain nombre de cas dans son ouvrage sur l'appendice. Nous les reproduisons. D'après cet auteur :

Haller a vu deux fois l'appendice cæcal transformé en une sorte de ligament.

Baillie l'aurait trouvé plusieurs fois fort ténu et oblitéré.

Fleischmann, l'a vu filiforme dans une partie de sa longueur et sans cavité.

Tiedemann l'aurait trouvé complètement oblitéré et adhérent au cæcum dans toute son étendue.

Enfin, Cruveilhier, citant lui aussi les cas de Haller, rapporte qu'il a rencontré, chez une femme de 70 ans, un appendice vermiforme de 8 à 10 millimètres qui était complètement oblitéré.

Cette corde fibreuse peut certainement ne ressembler à l'appendice que d'une façon assez vague. De là, source d'erreur possible ;

3° « L'appendice peut rester à un stade embryonnaire de son développement » (Dailey).

Clado, qui a très bien étudié l'embryologie de l'appendice, nous dit qu'à partir de deux mois et demi cet organe est complètement différencié. Il se peut qu'à partir de ce moment, le cæcum seul continue à grandir, tandis que l'appendice ne se développe plus ou très peu. Il en résulte qu'à l'état adulte cet appendice, comparé à un appendice normal, se trouve ainsi diminué dans toutes ses dimensions, en volume comme en longueur. Dailey appelle ce manque de développement « hypoplasie » de l'appendice. Merling, en 1836, en signale déjà un certain nombre de cas rapportés par Morgagni, Baillie et Scëmmering, Otto, Andral, Fleischmann, Tiedemann. Comme exemple, nous ne citerons que le cas de Morgagni, qui dit « avoir rencontré l'appendice très court et réduit au tiers de son volume ».

Telles sont les causes d'erreur dues aux anomalies de dimension.

Certaines positions anormales de l'appendice pouvant d'autre part être des causes d'erreur nous rappellerons que l'appendice, relié à la fosse iliaque droite par un méso plus ou moins long, peut occuper, dans cette fosse iliaque, quatre positions différentes. La position la plus fréquente est, on le sait, la position descendante. D'après Lafforgue, un élève de Testut, elle s'observerait dans la proportion de 41,5 pour 100. Viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, la position interne, la position externe et la position ascendante ou rétro-cæcale. La fréquence avec laquelle s'observeraient ces trois dernières positions seraient pour la première de 26 pour 100, pour la seconde de 17 pour 100, pour la troisième de 13 pour 100.

Nous ne dirons pas, de cette position rétro-cæcale, la moins fréquente de toutes, qu'elle peut être une source d'erreur, car c'est une position connue et l'erreur serait en somme très grossière ; mais Dailey signale deux autres dispositions anormales, qui forment les quatrième et cinquième causes d'erreur d'ordre anatomique. En effet :

4° « L'appendice, ainsi que cela est bien connu, peut occuper de nombreuses positions rétro-péritonéales. » (Dailey).

Ces positions existeraient en effet. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie descriptive*, nous dit : « L'appendice, parfois, est contenu dans l'épaisseur du mésentère ».

Dailey ajoute : « Une dissection étendue et soignée est nécessaire pour mettre à jour ces appendices. Quelques-uns des cas observés sur les tables d'opération et rapportés par certains chirurgiens comme exemples d'absence de l'appendice tombent probablement parmi les cas de cette catégorie. Kelly et Hurdon rapportent qu'ils ont démontré l'existence d'un appendice rudimentaire caché dans un cas où l'on prétendait que l'organe n'existait pas. »

Sur le vivant, le chirurgien éliminera cette cause d'erreur en explorant, autant que possible, par le toucher, la partie de la fosse iliaque droite, qui est située aux environs du cæcum. Sur le cadavre, on dépouillera le cæcum de son mésentère.

5° « Un petit appendice vermiforme pourrait être caché à la vue dans les replis du péritoine situés aux

environs du cæcum, replis qui peuvent être très développés chez certains individus » (Dailey).

Par ces replis, Dailey veut parler des deux fossettes cæcales formées par la séreuse péritonéale, en passant de l'intestin grêle sur le cæcum, et des autres fossettes en nombre variable qui peuvent exister à la partie postéro-supérieure du cæcum. Les fossettes situées à l'angle ilio-cæcal sont très marquées chez le nouveau-né, mais s'atténuent progressivement à mesure que le sujet avance en âge ; mais, comme le dit Dailey, elles peuvent rester très accentuées.

En face d'une absence de l'appendice, un observateur prudent devra toujours explorer ces différentes fossettes avant de se prononcer.

La sixième cause d'erreur d'ordre anatomique signalée par Dailey serait due à un aspect spécial de l'appendice.

6° « Un appendice rudimentaire peut parfois simuler un appendice épiploïque et vice-versa » (Dailey).

Quoi que ces prolongements épiploïques remplis de graisse manquent chez l'enfant, ils peuvent donner lieu à partir de l'âge adulte, à des erreurs d'observation. Cette erreur peut facilement être évitée en recherchant la consistance plus ferme de l'appendice et son point d'implantation à l'endroit où se réunissent les trois bandes musculaires. S'il en est besoin, on peut encore recourir au microscope et rechercher la structure histologique de ce prolongement.

Causes d'erreur d'ordre pathologique.

Ces causes d'erreur ne sont pas moins importantes que les précédentes. Certaines le sont même d'autant plus que, parfois, l'appendice peut réellement être absent, par suite d'un processus pathologique. Dans ces cas, ces causes d'erreur simulent alors, non l'absence de l'appendice, mais la nature congénitale de cette absence.

Dailey signale trois causes d'erreur d'ordre pathologique :

1° « L'appendice peut disparaître dans l'appendicite suppurée et gangréneuse » (Dailey).

Tous les chirurgiens ont constaté des cas d'appendicite gangréneuse, avec destruction plus ou moins complète de l'appendice. Par suite du processus infectieux, l'appendice peut même se mortifier totalement et, plus tard, disparaître par résorption si des adhérences sont parvenues à limiter l'infection. D'après Dailey un second mode de disparition de l'appendice gangrené serait son rejet par l'anus. Ce fait aurait été plusieurs fois observé.

Nous voyons ainsi que la constatation de l'absence de l'appendice chez un individu ne permet pas encore de conclure à une anomalie de nature congénitale. Une conclusion aussi hâtive pourrait entraîner des erreurs fréquentes, puisque cette absence peut être de nature pathologique. Lockwood, nous l'avons vu plus haut, voulait expliquer tous les cas d'absence congénitale de l'appendice par un processus pathologique dont les traces seraient passées inaperçues des observateurs.

En face d'un cas d'absence de l'appendice, il restera donc toujours à rechercher s'il n'existe aucune trace d'inflammation dans la fosse iliaque droite. La présence ou l'absence de traces d'inflammation péritonéale permettront alors seulement d'émettre des conclusions.

2° « A la suite d'anciennes inflammations péritonéales, il peut être impossible de trouver l'appendice caché au milieu d'épaisses adhérences. » (Dailey).

On s'explique très bien ces adhérences venant d'une réaction de défense péritonéale pour localiser une infection. De plus, on sait combien sont fréquentes les infections péritonéales d'origine appendiculaire. Il est dès lors très compréhensible qu'un appendice caché au milieu d'adhérences et même parfois en partie détruit, puisse rester introuvable au bistouri du chirurgien. Une dissection minutieuse serait alors nécessaire, mais elle lui est le plus souvent impossible, et pour cause.

3° « L'invagination de l'appendice peut être, elle aussi, incriminée comme source d'erreur » (Dailey).

Marshall et Edwards, d'après Dailey, l'ont invoquée comme cause d'absence apparente.

Cette cause d'erreur est utile à connaître, mais ce serait cependant un fait assez rare.

Merling en cite quelques cas. Il écrit : « Settsom, Blumenbach et Sæmmering ont observé l'invagination de l'appendice ».

William Wallace, de New-York (*Surgery gynecology and obstetrics*), en rapporte un cas observé par lui-même chez un adulte et dit : « L'invagination de l'appendice est rare à n'importe quel âge ». Il ajoute qu'il

n'en a trouvé mentionnés que 17 cas dans toute la littérature médicale ; les cas se répartiraient ainsi : 14 chez des enfants, 3 chez des adultes.

Nous venons de voir combien sont nombreuses les chances d'erreur, même pour un observateur minutieux et averti.

Elles expliquent et autorisent le scepticisme manifesté par Dailey, lorsqu'il nous déclare qu'on ne doit pas se hâter d'accepter comme authentiques tous les cas d'absence congénitale de l'appendice qui ont été signalés.

Pour lui, certains auteurs ont cité des cas de cette anomalie sans apporter de preuves suffisantes à l'appui. Ces cas doivent être rejetés.

Dailey cite un exemple montrant bien avec quelle facilité des cas reconnus faux par la suite peuvent se glisser parmi les cas véritables d'absence congénitale. Il nous rapporte que, dans l'observation d'une opération faite par Bruegel, on avait noté que le sujet opéré ne possédait pas d'appendice. Or, Meckel, qui fit plus tard l'autopsie et étudia ce cas avec attention, ne peut se prononcer nettement sur la nature de cette absence et reconnut que la disparition de l'appendice pouvait être imputable à un processus pathologique.

Ce qui serait non moins significatif au point de vue de l'authenticité douteuse de beaucoup de cas, c'est ce fait qu'une grande proportion de ceux-ci (nous le verrons plus loin) ont été signalés par des chirurgiens, alors que les anatomistes et les anatomo-pathologistes peuvent observer une quantité d'appendices infiniment plus grande (Dailey).

Ce qui fait que cette proportion est aussi grande chez les chirurgiens, c'est que ceux-ci on le comprendra sans peine, ne peuvent se livrer sur le vivant à une dissection minutieuse et prolongée. L'anatomiste ou l'anatomo-pathologiste, au contraire, frappés de cette absence anormale peuvent procéder à un examen approfondi et arriver ainsi à la certitude absolue.

Pour cette raison, d'après Dailey, tous les rapports recueillis sur les tables d'opération doivent être considérés comme douteux ou, du moins, ne doivent être acceptés qu'avec de grandes réserves.

En résumé, nous pouvons dire que seule une dissection minutieuse et approfondie peut éliminer toutes les causes d'erreur.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

1° **Observations**, venant de Merling et citées dans son ouvrage sur l'*Anatomie pathologique de l'appendice du cæcum*.

Massa dit avoir vu plusieurs sujets qui n'avaient point d'appendice cæcal (PORTAL. *Histoire de l'anatomie*, tome I, page 352).

Morgagni (*adversaria anatomica*, t. III, p. 22) dit que non seulement l'appendice n'existe pas chez beaucoup d'animaux, mais qu'il manque aussi quelquefois chez l'homme, ainsi que Fontana l'a observé.

Hunter (*Leske's Auszüge aus den philosophischer transactionen*, t. 2, p. 110) rapporte qu'à l'ouverture du corps d'un homme de 40 ans, mort d'une hernie inguinale droite, on trouva le cæcum formant par sa distension, une tumeur sphéroïde du volume d'une tête d'enfant, remplissant le sac herniaire et ne présentant nul vestige d'appendice vermiforme.

Haller (*Elementa Physiologia*, vol. 7, p. 18) et Délius ont observé des cas qui se rapportent à notre sujet, puisqu'ils ont vu

l'appendice cæcal tantôt manquer complètement, tantôt n'exister qu'à l'état rudimentaire ou former plus souvent encore un simple tubercule.

Autenrieth (dans *Tritschler, Diss. inaug. med. chir. sistens observationes in hernias præcipue intestini cæci*. TUBINGUE. 1806) cite un cas dans lequel le cæcum, n'offrant aucun vestige d'appendice, remplissait le sac d'une hernie inguinale et un second cas analogue, observé chez une femme hydropique, où une hernie inguinale droite contenait le cæcum, lequel était d'un volume médiocre et ne présentait pas trace d'appendice.

Meckel (1812, in *his Handbuch der Path. Anat.*, vol. I, p. 599). en disséquant le cadavre d'une femme, ce qui fut fait avec soin, trouva le cæcum ainsi que les parties adjacentes dans l'état normal et ne présentant aucune adhérence ; mais il n'y avait point d'appendice cæcal.

Puchelt (HEIDELBERG. *Klinische annalen*, vol. 17, p. 534), dans ses recherches sur les abcès de la fosse iliaque, rapporte le cas d'un jeune étudiant mort de cette maladie, dont le corps présenta à l'autopsie les particularités suivantes : Le péritoine était parfaitement sain, mais la partie postérieure du colon ascendant, vers son milieu, était adhérente aux muscles. En rompant cette adhérence on mit à découvert l'entrée d'un abcès de la grosseur d'un œuf d'oie. A partir de cette ouverture, le trajet fistuleux se dirigeant en dehors vers la marge de la crête iliaque, venait s'ouvrir extérieurement en une fistule stercorale ; l'os ilion était carié ; les muscles iliaque interne et psoas étaient ramollis, suppurés, noirâtres. A peine existait-il vestige de l'appendice vermiciforme.

L'auteur qui traduisit l'ouvrage de Merling dans le journal médical *l'Expérience*, ajoute : « On peut joindre à ces faits cités par Merling le cas communiqué par Fursteneau à l'Académie des Curieux de la nature (*Acta acad. nat. curios*, t. IX, p. 16) et celui publié par le docteur Gaube dans le *Magasin de Rust* (*Rust. Magazin für die gesammte Heilkunde*, t. XIX, p. 361) ».

2° **Observations** rassemblées par Dailey dans *Surgery, gynecology and obstetrics*

John Fergusson (1891, *Am. J. Med. Sc.*, v. 101, p. 61) observa dans 200 dissections, où son attention était portée spécialement du côté de l'appendice, un seul cas où l'on pût dire que l'appendice était complètement absent.

J.-C. Oliver (1891, *Cin. Lanc. Clin.*, vol. 27, p. 203) à l'autopsie d'un enfant mort d'une obstruction intestinale, ne trouva pas d'appendice cæcal. Il n'y avait cependant aucun signe de péritonite ni aucune corde fibreuse rattachant les intestins.

J.-D. Bryant (1893, *N. Y. med. Journ.*, vol. LXIX, n° 14, p. 508) rapporte le cas d'une jeune fille opérée, chez laquelle on ne trouva aucun appendice. Ce cas paraît douteux, le rapport étant peu concluant.

Zuckerkande aurait eu un cas authentique de cette anomalie, mais dans son article (*über die Oblit. der darmfortsatz bei Mensch*) il conclut à l'oblitération et non à l'absence de l'appendice.

Roberts (1896, *Ann. Surg.*, vol. XXIII) cite un cas dans lequel le cæcum n'offrant aucun vestige d'appendice, remplissait le sac d'une hernie inguinale droite. Il dit qu'on pouvait examiner librement le point de jonction des trois bandes musculaires.

J.-M. Swan (1898, *Trans. Phila. Path. Soc.*, vol. 18, p. 38) nous présente un exemple bien observé sur le corps d'un homme de 40 ans. Il avait pris soin d'éliminer toute maladie antérieure, toute anomalie de position et toute intervention chirurgicale.

Deaver (dans la 3^e édition de son livre sur l'appendice, 1903), note un cas de Robinson Byron, dans lequel non seulement l'appendice, mais encore le cæcum, étaient absents. C'est une observation d'autopsie. Il cite aussi Dorance comme ayant eu un cas de ce genre.

G. Picquard (*Bull. soc. Anatom. de Paris*, vol. 68, p. 602), présente un exemple d'absence complète d'appendice. Le cæcum

était de dimensions normales et l'on ne remarquait aucune trace de maladie ou d'opération.

Fawcett et Blatchford (1900, *Journ. Anat. and Phys.*, vol. 34, pp. 20-25) examinèrent 350 cadavres et trouvèrent un cas d'absence totale de l'appendice. Il n'y avait aucune trace d'inflammation.

Huntingdon (*Anat. of peritoneum and abdomen*, p. 249), décrit deux cas d'absence totale de l'appendice appartenant au musée de l'Université de Colombie.

Jacob Michaux (1902. *Va. Med. Seminouthly*, vol. 7, p. 242) cite deux exemples qu'il observa chez deux jeunes femmes opérées par lui. Dans un cas, il semble avoir établi d'une façon indiscutable l'absence congénitale de l'appendice. Le second cas est loin d'être au-dessus de toute critique.

J.-M. Dillard (1903. *Va. Med. Seminouthly*, vol. 8, p. 418) rapporte le cas d'une femme de 30 ans, opérée pour un déplacement des annexes, et chez laquelle il ne put trouver d'appendice. D'après son rapport, cette absence de l'appendice paraît évidente. Cet auteur ajoute même : « Il ne s'agissait pas ici d'un cas d'appendice rétropéritonéal ou caché, mais bien d'une absence véritable ».

Herman Schridde nous présente le cas d'un enfant mort de tuberculose. A l'autopsie, on trouva un cæcum plus long que de coutume et présentant 6 haustra (bosselures). Malgré des recherches approfondies et minutieuses, on ne trouva aucune trace d'appendice.

Marshall et Edwards rapportent un cas d'agénésie de l'appendice observé chez un homme mort du choléra.

A l'autopsie on ne put constater aucun signe de péritonite, ni aucune autre anomalie congénitale. L'appendice était absent, mais au microscope on trouva, à l'endroit d'implantation de cet organe, une invagination superficielle de la muqueuse du cæcum qui s'enfonçait entre les fibres des muscles circulaires de cet

intestin. Cette invagination représentait sans doute un appendice rudimentaire.

Dailey mentionne encore les cas de Tarenetsky (*Mémoires Acad. d. sc. de Saint-Petersbourg*) et de Lafforgue (*Journ. Internat. d'Anatomie*, 1893) cités dans plusieurs bibliographies, mais il dit que les originaux ne peuvent être trouvés dans les bibliothèques de Washington et de Chicago.

A tous ces exemples, Dailey ajoute un cas observé par lui-même et parfaitement décrit. Nous présentons les propres termes de son rapport :

« En faisant une autopsie à la Morgue (25 janvier 1910), je trouvai un cæcum sans appendice. Il s'agissait d'un homme de couleur, âgé de 40 ans, qui avait trouvé la mort dans un accident. Pensant qu'il pouvait s'agir d'une absence apparente de l'appendice, une dissection soignée fut faite. Or, les trois bandes musculaires longitudinales se réunissaient à la face interne et postérieure du cæcum à trois centimètres environ au-dessous de la valvule ilio-cæcale. Le cæcum lui-même était de conformation normale. La séreuse fut complètement enlevée du cæcum et du colon ascendant, pour voir si un appendice vermiforme dégénéré ne se trouvait pas logé entre l'intestin et le péritoine. L'intérieur du cæcum fut, de même, exploré avec un grand soin, mais on ne trouva pas la moindre trace d'un orifice d'appendice. Le péritoine était parfaitement lisse et glissant, non seulement dans la région iliaque mais encore dans tout l'abdomen. Il n'y avait ni adhérence; ni anomalie d'aucune sorte. Un examen minutieux de tout l'abdomen et du thorax fut entrepris dans le but de découvrir d'autres anomalies congénitales, mais on ne trouva rien. On ne constata non plus aucune trace d'intervention chirurgicale.

H.-C. Bryant et A. Bailey Williams étaient présents à l'autopsie.

Il nous reste à citer le cas de Irving Haynes que nous trouvâmes traduit dans la *Gazette des hôpitaux* et le cas observé par M. le professeur Frœlich.

3° Le cas de Irving Haynes fut publié dans *American Journal of Surgery* (année 1907). Il fut traduit, par Gardner, dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1907). Son titre est : « Absence congénitale de l'appendice et péritonite pelvienne chez un garçon. »

Un garçon de 14 ans, après avoir pratiqué à l'excès le sport du traîneau sur une colline à pente rapide, avec un butoir en bas qui lançait le traîneau et ses occupants à trois ou quatre mètres en l'air avant de les faire retomber (les occupants du traîneau reposant à plat ventre dessus), est pris de crampes abdominales violentes, fièvre, mauvais état général. Flexion des deux cuisses. Signes de péritonite. Pas de vomissements. A l'incision, on ne trouve pas d'appendice. A la place de cet organe, il y a une petite masse grasseuse analogue à une masse épiploïque, large d'environ deux centimètres et demi, sans aucune structure intestinale, mais pourvue d'un petit mésentère spécial avec une petite artère.

La convergence des bandes du cæcum, la proximité de la valvule iléo-cæcale, la présence du repli vasculaire de Trèves, ne laissaient aucune place pour le doute. Auprès de ce vestige de l'appendice, il y avait une zone de la paroi cæcale rouge, d'à peu près un pouce de diamètre. On le mit hors d'état de nuire en l'enfouissant. En cherchant plus vers la ligne médiane, on trouva tous les intestins agglutinés et, en les séparant, on arriva sur une cavité d'où il s'évacua une centaine de grammes de pus épais et très fétide. Drainage. Guérison. Cette pelvipéritonite était absolument indépendante de la fosse iliaque droite. Haynes l'attribue au passage des microbes à travers les parois intestinales froissées par l'abus du traîneau.

4° Le cas de M. le professeur Frœlich parut dans le numéro du

1^{er} septembre 1910 de la *Revue médicale de l'Est*, sous le titre : « Absence du cæcum et de l'appendice chez une fillette qui aurait eu deux crises d'appendicite ». Nous reproduisons cette observation :

M. Frellich présente une fillette de 9 ans qui fut adressée dans son service parce que, six semaines auparavant, elle aurait eu une atteinte grave d'appendicite avec fièvre, vomissements et points de Mac Burney. Il y a quinze jours, elle aurait eu une deuxième atteinte non moins grave.

A son entrée, on ne constate plus rien dans la fosse iliaque droite, l'état général est bon, sauf la température vespérale qui tous les soirs est de 37°2.

Le diagnostic d'appendicite avait été porté par un médecin distingué et un chirurgien consultant, tout à fait compétent, l'opération à froid fut décidée.

Le ventre ouvert, nulle trace d'inflammation ni dans le péritoine, ni du côté des intestins, ni du côté du grand épiploon.

Le gros intestin fut amené à l'extérieur et on constate qu'il n'existe ni cæcum, ni appendice. Le gros intestin est très mobile et se continue directement avec l'intestin grêle. Ce dernier est placé à la terminaison du gros intestin, au point où l'on devrait rencontrer l'appendice. Les bandelettes côliques se dirigent vers l'intestin grêle. Celui-ci est plus étroit et comme effilé sur une longueur de quatre centimètres environ à son point d'union avec le gros intestin. Nulle trace d'inflammation. Nous étions en présence d'une malformation congénitale. Quant à l'affection qui a donné lieu à l'erreur de diagnostic, nous ne pouvons faire que des hypothèses. L'enfant aurait eu un volvulus, une invagination passagère ou même une obstruction intestinale.

Discussion des cas

L'absence congénitale de l'appendice aurait donc été constatée une trentaine de fois environ.

Devons-nous accepter tous ces cas comme véritables et conclure, sans discussion, à leur authenticité absolue, ou bien ne devons-nous pas avoir, pour certains d'entre eux, une certaine défiance ?

Si nous considérons, d'une part, les nombreuses causes d'erreur qui peuvent tromper l'observateur le mieux averti, et, d'autre part, certains rapports plus que succincts, nous devons convenir que les auteurs de ces rapports ne nous apportent pas des preuves suffisantes d'une authenticité évidente.

Parmi tous ces cas, quels sont ceux que l'on doit considérer comme ayant, au point de vue de l'authenticité, une valeur absolue ?

Considérant tous les cas rassemblés par Merling, Dailey estime que le seul cas vraiment authentique est celui de Meckel. Ce cas fut, en effet, constaté au cours d'une autopsie, ce qui permettait une dissection minutieuse, et aucune trace de maladie ne fut relevée par l'auteur.

Massa, Morgagni, Haller ne nous donnent aucune description de leurs cas et se contentent de les mentionner. D'où impossibilité de se prononcer sur leur valeur.

Hunter et Auteurieth nous présentent des cas observés au cours d'opérations chirurgicales. De plus, leurs descriptions insuffisantes ne nous permettent aucune

conclusion. Sans les rejeter complètement, nous devons penser que ces soi-disant absences de l'appendice ont très bien pu n'être que des cas d'absence apparente.

Quant au cas de Puchelt, il est manifestement faux, car l'organe était détruit par une abondante suppuration.

Les observations recueillies par Dailey sont beaucoup plus satisfaisantes ; elles ont ce grand avantage d'avoir été observées par des auteurs contemporains et sont, en général, plus détaillées. D'après Dailey, un grand nombre de ces cas sont au-dessus de toute critique. Il donne comme cas d'une authenticité évidente les cas des auteurs dont les noms suivent : Oliver, Swan, Fawcett et Blatckford, Picquard, Michaux (cas n° 1), Byron Robinson, Huntingdon (2 cas), Schridde, Marshall et Edwards.

On voit ainsi qu'à part le cas de Jacob Michaux, qui est un cas chirurgical, Dailey n'accorde une authenticité réelle qu'aux cas qui furent constatés au cours d'autopsie. Parmi tous les cas chirurgicaux, il ne fait exception que pour ce cas de Michaux. Cet auteur, pour Dailey, aurait établi d'une façon remarquable et sur des preuves solides l'absence congénitale de l'appendice.

Quoique le rapport de Bryant soit, paraît-il, « peu concluant », et bien que le deuxième cas de Jacob Michaux soit loin d'être « au dessus de toute critique », les autres cas de Dillard et de Roberts paraissent cependant vraisemblables ; mais Dailey, nous l'avons déjà vu, déclare que les cas recueillis sur les tables d'opération doivent être considérés comme suspects et n'être

acceptés qu'avec une grande réserve. Il cite (nous l'avons vu plus haut) le cas de Bruegel comme exemple de la facilité avec laquelle le chirurgien peut commettre une erreur.

En outre, les cas chirurgicaux sont trop nombreux, ce qui prouverait assez que certains doivent être faux.

Le cas de Fergusson étant une observation d'autopsie, on peut se demander pourquoi Dailey ne l'admet pas parmi les cas qu'il reconnaît comme évidents.

Aux cas vraiment authentiques, nous ajouterons les cas observés par Dailey et par M. le professeur Frœlich.

Quant au cas de Irving Haynes, il nous semble qu'on peut de même le considérer comme évident.

Avant de terminer ce chapitre, nous ferons quelques remarques.

1° Nous constaterons, tout d'abord, que ces cas d'absence de l'appendice ne sont pas tous semblables entre eux. Si la plupart sont des cas simples, il en est d'autres qui se compliquent d'anomalies du cæcum. On peut, en somme, diviser ces cas en trois groupes :

Le premier groupe comprendra les cas où l'appendice manque seul, le cæcum restant normal ; ce sont les plus nombreux.

Le deuxième groupe comprendra les cas où l'appendice et le cæcum sont tous deux absents. Les cas de Robinson Byron et de M. le professeur Frœlich rentrent dans ce groupe.

Le troisième groupe comprendra les cas où l'appendice est absent, mais où le cæcum est plus long qu'à l'état normal. Le cas de Schridde, où le cæcum présentait six haustra (bosselures), en est un exemple unique.

2° Nous ferons remarquer que cette anomalie a été constatée chez des individus appartenant à des races assez diverses. On l'a, en effet, rencontrée non seulement chez des blancs de nationalités différentes, mais encore chez un nègre.

3° Nous signalerons, enfin, que dans aucun rapport on ne constate la coexistence d'aucune autre anomalie congénitale. Marshall et Edwards, dans leur rapport, disent avoir recherché en vain s'il n'existait aucune autre anomalie congénitale. De même, dans son observation, Dailey écrit : « Un examen minutieux de tout l'abdomen et du thorax fut entrepris dans le but de découvrir d'autres anomalies congénitales, mais on ne trouva rien ».

CHAPITRE IV

TYPE D'ANOMALIE

Prenant anomalie dans son terme général devant s'appliquer à toutes les espèces de déviations organiques, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire en donna la définition suivante : « L'anomalie est une déviation du type spécifique ou, en d'autres termes, toute particularité organique que présente un individu comparé à la grande majorité des individus de son espèce, de son âge et de son sexe ».

Or, nous savons depuis Cuvier, Buffon, Daubenton, Edwards Milne, que l'appendice, à part quelques exceptions (orangs, gibbons), est un organe propre à l'homme. Il fait partie des caractères spécifiques de l'espèce humaine et son absence constitue une anomalie.

D'autre part, le même auteur, envisageant les anomalies d'après leur degré de déviation du type spécifique, a divisé celles-ci en deux groupes spéciaux :

1° Les anomalies simples ;

2° Les anomalies graves, auxquelles il accorde le qualificatif de monstruosité.

Comme on ne savait pas très bien où devaient finir les premières et commencer les secondes, I. Jeoffroy Saint-Hilaire a essayé de préciser les limites qui séparent les deux sortes d'anomalie en donnant une définition de l'anomalie grave ou monstruosité. Il a alors défini la monstruosité de la façon suivante : « La monstruosité est une anomalie très grave, rendant difficile ou impossible l'accomplissement d'une ou plusieurs fonctions, ou produisant chez ceux qui en sont affectés une conformation vicieuse apparente à l'extérieur très différente de celle que présente ordinairement leur espèce ».

L'absence de l'appendice, on le voit par cette définition, ne peut rentrer dans le deuxième groupe d'anomalies. C'est une anomalie simple.

De quel type est cette anomalie ? Les anomalies diffèrent entre elles suivant les causes qui ont présidé à leur formation.

1° L'anomalie peut être due, dans certains cas, à une exagération de la tendance qu'ont tous les êtres vivants à différer plus ou moins de la forme ancestrale et à s'individualiser à l'excès par l'apparition d'un caractère nouveau. C'est ainsi que se modifient les espèces et se créent les races. Cette tendance peut être favorisée par le concours de circonstances particulières provenant du milieu où vit le sujet ;

2° D'autres fois, par la mise en jeu de causes plus spéciales, le type spécifique peut être plus gravement

atteint et aboutir aux formes très déviées qui constituent les anomalies graves et les monstruosités véritables ;

3^e Enfin, il est aussi d'autres déviations du type spécifique qui sont étudiées en tératologie dans le groupe des anomalies simples. Ce sont les faits d'atavisme, le retour aux types primitifs qui s'observe parfois sur certains représentants des espèces actuelles.

Il arrive quelquefois, en effet, que l'évolution d'un organe ne se poursuit pas chez un individu isolé jusqu'au point qu'elle atteint d'ordinaire dans l'espèce à laquelle il appartenait. L'organe subit un arrêt de développement ; il reste à un stade ancestral. Ce cas tératologique joue alors le rôle d'un type de passage, en nous fournissant une des phases intermédiaires de la transformation subie par l'organe. Ainsi, un cas de pentadactylie chez un animal ayant ordinairement moins de cinq doigts, le développement d'un métacarpien et l'apparition d'un doigt supplémentaire chez le cheval, la présence d'un rudiment caudal prolongeant le coccyx chez l'homme, etc. doivent être considérés comme un simple retour à l'état ancestral. Ce sont là des anomalies d'un ordre absolument spécial, que nous ne devons pas confondre avec les déviations organiques franches ; elles sont simplement le résultat d'un retour vers un type ayant vécu autrefois, et non le produit d'une irrégularité.

Ce sont ce qu'on est convenu d'appeler des faits de réversion, des anomalies réversives, anomalies pour les individus vivant actuellement.

L'absence de l'appendice n'étant ni une anomalie

grave, ni une monstruosité, malformations dues à des causes spéciales, doit donc être, soit un caractère nouveau pour l'espèce, venant de cette tendance qu'ont les êtres vivants à différer de plus en plus de l'état ancestral, soit un retour à l'état ancestral, une malformation du type réversif.

Un simple aperçu que nous donnerons du développement du cæcum et de l'appendice suffira pour nous permettre de résoudre cette question.

Si nous considérons le développement du cæcum, nous voyons que cet organe vient de cette portion du tube digestif primitif qui se sépare en dernier lieu de la vésicule ombilicale (Kœlliker).

Le tube digestif embryonnaire, en effet, constitue de très bonne heure une anse à convexité dirigée en avant. Cette anse, dont le sommet donne insertion au canal vitellin lorsqu'elle n'est encore que peu développée, s'engage par son sommet dans le cordon ombilical et ses deux branches que nous nommerons l'une antérieure et l'autre postérieure s'appliquent l'une à l'autre. Cet état se manifeste chez l'homme dès le début du second mois et cette sorte de hernie ombilicale normale, comme on pourrait l'appeler, subsiste jusqu'au commencement du troisième mois. Ce n'est qu'à cette époque que le rétrécissement de l'ombilic et la fermeture complète de l'abdomen ramènent l'intestin dans la cavité abdominale. Mais, auparavant, l'anse qui nous occupe, pendant qu'elle est encore renfermée dans le cordon ombilical, ne conserve pas la condition si simple qu'elle montre au début ; elle ne tarde pas, au contraire, à éprouver quelques modifications impor-

tantes. Il apparaît, en effet, sur la branche postérieure de l'anse, un petit renflement, lequel dessine bientôt un petit appendice obtus. Cet appendice est le rudiment du cæcum et de son appendice. Le cæcum et l'appendice vermiculaire ne constituent pendant longtemps qu'un seul et unique appendice relativement volumineux de l'intestin, mais, par la suite, toutes ses parties n'ayant pas la même destinée, nous voyons que sa portion supérieure, celle qui avoisine l'orifice iléo-cæcal, se développe et s'élargit progressivement pour devenir le cæcum proprement dit, tandis que sa portion inférieure subit un arrêt de développement. Elle se rétrécit peu à peu et se transforme finalement en un petit tube cylindrique, qui est notre appendice vermiculaire. Ainsi la signification morphologique de l'appendice cæcal, restée longtemps obscure, nous est nettement indiquée par le développement.

Ces données sur le développement du cæcum étant posées, il nous reste à énumérer la loi de Fritz Muller, si importante en embryologie, et qui est ainsi conçue : « Tout être vivant dans le cours de son ontogénie individuelle reproduit l'histoire de son développement ancestral, c'est-à-dire que tout être vivant reproduit les variations héritées de tous ses ancêtres, à des stades successifs de son ontogénie individuelle qui correspondent aux époques auxquelles ces variations ont apparu chez ses ancêtres ».

C'est ainsi que l'embryologie nous permet de remonter le cours de toutes les transformations ancestrales du cæcum.

En examinant les divers cas d'absence congénitale

de l'appendice, nous avons constaté, dans le chapitre précédent, qu'on pouvait les répartir en trois groupes différents.

Dans un premier groupe, nous avons rangé les cas dans lesquels l'absence de l'appendice coexiste avec une absence du cæcum.

Dans un deuxième groupe, nous avons rangé les cas où l'absence de l'appendice existait seule sans anomalie du cæcum.

Dans un troisième groupe, nous avons envisagé les cas chez lesquels outre l'absence de l'appendice, on avait trouvé un cæcum plus développé que normalement.

Or dans l'étude du développement du cæcum, nous avons vu cet organe passer par certaines transformations correspondant à ces diverses formes anormales trouvées chez des individus de l'époque actuelle.

Il nous est dès lors permis de considérer tous ces différents cas d'absence de l'appendice comme étant dus à un arrêt dans l'évolution embryonnaire du cæcum et comme représentant divers stades ancestraux de cet organe.

Les cas du premier groupe correspondraient à un stade ancestral où le tube digestif était encore dépourvu de cæcum. Ils seraient dus à un défaut de développement du petit renflement embryonnaire qui doit devenir, plus tard, le cæcum et l'appendice (Huntingdon).

Les cas du deuxième groupe correspondraient à un stade ancestral où le cæcum n'avait pas encore atteint son complet développement. Dans ces cas, le bourgeon

intestinal embryonnaire qui doit former le cæcum et l'appendice serait juste assez développé pour former la portion cæcale qui doit subsister chez l'adulte (Huntingdon).

Les cas du troisième groupe correspondraient au stade ancestral où le tube digestif possédait un cæcum très développé dont la partie inférieure n'avait encore subi aucun processus régressif.

Ces cas seraient dus à ce que le diverticulum intestinale embryonnaire qui doit former le cæcum et l'appendice, après s'être normalement développé et avoir atteint son stade de longueur maximum, a arrêté son évolution sans différencier d'appendice (Huntingdon).

Nous avons affaire, nous le voyons, à des « anomalies de réversion » dues à un arrêt dans le développement embryonnaire du cæcum.

Suivant l'époque embryonnaire à laquelle s'est produit cet arrêt de développement, nous distinguerons trois degrés dans l'importance de ces anomalies.

Les cas du premier groupe représentant des formes embryonnaires antérieures aux formes des deuxième et troisième groupe, nous dirons que ce sont des formes plus anormales que celles de ces deux groupes.

Les cas du deuxième groupe représentant des formes embryonnaires postérieures à celles du premier groupe, mais antérieures à celles du troisième groupe nous dirons que ce sont des formes moins anormales que celles du premier groupe, mais plus anormales que celles du troisième.

Les cas du troisième groupe avec cæcum plus grand que normalement, constituent les formes les moins anormales.

CHAPITRE V

De l'absence congénitale de l'Appendice au point de vue physiologique

L'absence de l'appendice est-elle capable d'amener certains troubles dans le fonctionnement de l'organisme ?

Cette question n'est pas nouvelle puisque, pendant le XVIII^e siècle, le rôle physiologique de l'appendice cæcal préoccupa tous les auteurs qui s'occupèrent de cet organe. Il y eut même des expériences faites par Portal à ce sujet. Il nous dit avoir fait, avec succès, l'ablation de l'appendice sur des animaux, mais l'absence de l'organe n'aurait paraît-il amené aucun trouble.

Avant de rechercher si l'absence de l'appendice est capable d'amener des troubles organiques et de quelle nature sont ces troubles, il est juste de rechercher aussi quelles sont les fonctions physiologiques de l'organe et jusqu'à quel point elles peuvent être nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme.

Nous avons dit plus haut que les auteurs du XVIII^e siècle qui s'occupèrent de l'appendice furent toujours préoccupés du rôle qui lui était attribué par la nature.

Santorini (1724) lui fit jouer le rôle bizarre de réceptacle à lombrics. Dans ces ouvrages, on peut lire ce passage : « En effet, comme il a été établi d'une manière à peu près certaine, il reste à dire de ces vers qu'ils s'acquièrent une place qui, par sa nature, est propre à les réchauffer et à les empêcher de sortir ; si l'on disait que cette place appartient à l'appendice vermiforme, ce ne serait pas tout à fait impossible. »

Nous n'insisterons pas sur l'invraisemblance que présente cette opinion de Santorini.

Sabattier (1791), émet, sur le rôle de l'organe, des idées d'une assez grande justesse, bien que purement intuitives et appuyées sur des expériences évidemment erronées. Il nous dit : « On trouve toujours l'appendice rempli d'une humeur muqueuse. Cette grande quantité de mucosités qu'il contient, la flaccidité que l'on y remarque, lors même que le cæcum est le plus distendu, tout semble prouver que son usage est de filtrer et de verser dans le cæcum une humeur propre à lubrifier, à ramollir les excréments qui y séjournent, ou peut-être à irriter les parois de cet intestin pour qu'il se contracte avec plus de force et qu'il se débarrasse plus aisément de son dépôt fécal. »

A partir du XIX^e siècle, les auteurs confessent franchement leur ignorance des usages de l'appendice et se bornent sur ce point à rappeler les opinions de leurs devanciers. Cruveilhier dit même : « On ignore complètement les usages de cet appendice ».

L'étude de la structure appendiculaire nous permet pourtant d'émettre sur le rôle physiologique de l'organe des conclusions vraisemblables, nous dirons même évidentes. Nous reproduirons le passage d'une étude approfondie sur l'appendice faite par Clado. Cet ouvrage est intitulé : « L'appendice cæcal » (*Mémoires de la Société de biologie*, 1892). Clado nous dit : « Il suffit de jeter un coup d'œil sur sa structure pour voir que toutes les particularités qui existent dans le gros intestin se retrouvent dans l'appendice. Le tissu adénoïde qui forme le chorion de la muqueuse est semblable à celui du gros intestin, muni de follicules clos beaucoup plus rares et situés à sa partie supérieure seulement. Les glandes, au contraire, y sont très nombreuses et ont la même conformation que celles du gros intestin. Autrement dit, persistance de l'élément sécrétoire et diminution des organes d'absorption, tels sont anatomiquement les caractères spéciaux de l'appendice.

D'autre part, nous avons vu qu'il est chez le vivant, rempli de mucus et que les matières fécales n'y pénètrent point, sauf dans de rares exceptions et dans quelques cas pathologiques.

En troisième lieu, nous avons vérifié qu'il existait normalement, dans sa cavité, des agents de fermentation, je veux parler du *bacterium coli* qui s'y trouve à l'état de pureté.

Toutes ces données nous conduisent à admettre que l'appendice iléo-cæcal est une véritable glande en tube sécrétant un mucus dans lequel prolifère un microbe zymogène. Ce mucus, déversé continuellement dans le cæcum, fait fermenter les produits de la digestion

accumulés dans cet organe et particulièrement les matières végétales.

Le rôle physiologique du cæcum n'est pas encore bien déterminé, mais si l'on considère les fermentations qui s'y passent chez les herbivores et les granivores, la théorie que je propose sur les fonctions de l'appendice paraît bien probable. En deux mots, ce serait un organe à sécrétion zymotique, et non point un « organe d'absorption ».

Clado ajoute encore : « Loin d'être un organe inutile, l'appendice constitue une véritable glande, à laquelle le nom de glande appendiculaire convient parfaitement ».

Clado, nous le voyons, considère en somme l'appendice comme une sorte d'appareil glandulaire spécialisé, annexé au tube digestif de l'homme.

Nous devons cependant admettre que ce rôle physiologique doit-être, sinon inutile, du moins bien secondaire, car si nous recherchons dans la littérature médico-chirurgicale, nous ne trouvons signalé aucun trouble organique qui paraisse dû à ce manque de sécrétion appendiculaire. Les opérés d'appendicite, et ils sont nombreux, de même que les individus reconnus plus tard atteints d'absence congénitale ou d'oblitération de l'appendice, ne paraissent jamais avoir ressenti, au cours de leur existence, le moindre trouble organique qu'on puisse attribuer à cette cause.

L'inocuité de l'absence de l'appendice s'explique d'ailleurs facilement si l'on considère l'embryologie, la structure, les sécrétions de l'appendice et les cultures de microbes qui s'y développent. On voit qu'à tous ces

points de vue l'appendice, n'est qu'un diverticule du cæcum. Aussi Sappey (1874) disait, avant Clado : « L'appendice est un organe rudimentaire ; il ne paraît avoir aucun usage important ; dans quelques cas on l'a trouvé oblitéré et cette oblitération n'avait entraîné aucune suite fâcheuse. Chez certains individus il peut être excisé sans inconvénients ».

Etant donnés les risques que fait courir cet organe à l'espèce humaine, par suite de ses inflammations, nous devons conclure que son absence congénitale, loin d'être un mal, est plutôt un bien pour l'individu atteint de cette anomalie.

CONCLUSIONS

1° L'absence congénitale est une anomalie dont la réalité s'appuie sur des faits indiscutables. Elle existe, mais tous les auteurs qui l'ont signalée reconnaissent qu'elle est rare.

2° Les causes d'erreur pouvant en imposer pour une absence congénitale de l'appendice sont très nombreuses et ne peuvent être éliminées que par une dissection soignée.

3° Tous les cas d'absence congénitale de l'appendice sont des trouvailles d'autopsies ou d'opérations. Le nombre des cas observés est à peu près égal de part et d'autre. Les cas d'autopsies doivent être regardés comme authentiques. Les cas constatés au cours d'opérations doivent être considérés comme suspects, ou du moins ne doivent être considérés comme réels que s'ils sont décrits avec la plus grande minutie.

4° L'absence de l'appendice constitue une anomalie réversible.

5° Cette anomalie ne semble causer aucun trouble organique.

6° L'existence de l'appendice est un signe fâcheux de supériorité de l'espèce. Son absence est une anomalie heureuse.

7° Dans les observations de cette malformation, nous n'avons vu signalé nulle part la coexistence d'autres malformations congénitales.

Vu :

Nancy, le 21 Juin 1911.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
ROHMER.

Vu :

Nancy, le 22 Juin 1911.

LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :

Nancy, le 26 Juin 1911.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DAILEY. — Total congenital absence of the vermiform appendix (*Surgery, Gynecology and obstetrics*. Vol. XI, n° 4, année 1910).
- MERLING. — Fred. Dissert. inaug. med. sistens processus vermiformis anatomiam pathologicam (Heidelberg 1836. *L'Expérience* tome I, p. 337, année 1837-1838).
- FRÉLICH. — *Revue médicale de l'Est*, n° du 1^{er} septembre année 1910.
- IRVING HAYNES. — *Amer. Journ. of. surg.*, vol. XXI. n° 5, année 1907, p. 149-150. *Gazette des Hôpitaux*, n° 89, année 1907 6 Août.
- MORGAGNY. — *Adversaria Anatomica*, vol. 3, 1719.
- PORTAL. — *Histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie*, vol., I, p. 362.
- HUNTER. — *Leske's Auszüge aus den philosophischer Transactionen*, pt. 2, p. 110.
- A. HALLER. — *Elementa physiologia*, vol. 7, p. 18.
- AUTENREITH. — 1806. Dissert. inaug., méd.-chir. Sistens observationes in hernias, praecique intestini caeci, Tübingen.
- MECKEL, 1812. — *Anatomie pathologique*, vol. 1, p. 599.
- PUCHELT, 1832. — *Heidelberg, Klinische Annalen*, vol. 17, p. 534.

- TARENETSKY. — Mémoires de l'Académie des sciences de Saint-Petersbourg, 181.
- LAFFORGUE. — *Journal International d'Anatomie*, 1893.
- JOHN FERGUSON. — 1891. *Amer. Journ. Med. Sc.* vol. 101, p. 61.
- J. C. OLIVER, 1891. — *Cin. Lanc. Clin.*, vol. 27, p. 203.
- J. D. BRYANT, 1893. — *N. Y. Med. Journ.*, vol. XIX, n° 14, p. 508.
- ROBERTS. — *Ann. Surg.*, vol. XXIII.
- J. M. SWAN, 1898. — *Trans. Phila. Path. Soc.*, vol. 18, p. 38.
- DEAVER. — In the third édition of his book on the appendix, 1903.
- PICQUARD. — *Bull. Soc. Anatom. de Paris*, vol. 68, p. 602.
- FAWCETT et BLATCHFORD. — 1900. *Journ. Anat. and Phys.*, vol. 34, pp. XX-XXV.
- HUNTINGDON. — *Anat. of Peritoneum and Abdomen*, p. 249.
- Jacob MICHAUX, 1902. — *Va. Med. Seminonthly*, vol. 7, p. 242.
- J. M. DILLARD, 1903. — *Va. Med. Seminonthly*, vol. 7, p. 418.
- Journ. Anat. and Phys.*, vol. XXVI, p. 130. Even in 1906, Lockwood still doubtful of the authenticity of reported cases but admits they may be. (Lockwood, *The Appendix, its Pathology and Surgery*).
- KELYNACK. — A Contribution to the Pathology of the vermiform appendix, 1893.
- R. J. A. BERRY. — *Journ. Anat. and Phys.*, vol. XXX, *Anatomische Anzeiger*, vol. X. p. 679-761.
- MONKS and BLAKE. — *Boston Medical and surgical Journal*. Novembre 27, 1902.
- A. P. HEINECK. — *Interstate Medical Journal*, vol. XIII, n° 6, 1907.
- MARSHALL and EDWARDS, 1906. — Agenesis of the vermiform appendix. *Philippine Journal of science*, vol. I, p. 1061.

BRUEGEL, 1901. — Einfall von Pyemia im Anschluss an einen subyhrenischen abcess bei chronischer cholelithiasis Erlangen (cited by Schridde).

Herman SCHRIDDE, 1904. — Über den angeborenen Mangel des Processus vermiformis, Virchow's *Archiv. f. Path. Anat.*, vol. 177, p. 150.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Avant-Propos	5
Plan	9
CHAPITRE I. — Historique	11
CHAPITRE II. — Causes d'erreur	17
CHAPITRE III. — Observations.	29
CHAPITRE IV. — Type d'anomalie	41
CHAPITRE V. — De l'absence de l'appendice au point de vue physiologique	49
Conclusions.	55
Bibliographie	57

